

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

Année 1904

THÈSE

N° —

POUR

LE DOCTORAT EN MÉDECINE

Présentée et soutenue le Mercredi 27 Avril 1904, à 1 heure

PAR

Georges CANET

DE

L'ÉLÉPHANTIASIS

DE

LA VERGE ET DU SCROTUM

Président : M. GAUCHER, professeur.

Juges : M. DEJERINE, professeur

MM. LANGLOIS, BEZANÇON, agrégés.

Le candidat répondra aux questions qui lui seront faites sur les diverses parties de l'enseignement médical.

PARIS

IMPRIMERIE DE LA FACULTÉ DE MÉDECINE

H. JOUVE

15, rue Racine, 15

1904

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

Doyen		M. DEBOVE.
Professeurs		MM.
Anatomie.....		P. POIRIER
Physiologie.....		CH. RICHET.
Physique médicale.....		GARIEL.
Chimie organique et Chimie minérale.....		GAUTIER.
Histoire naturelle médicale.....		BLANCHARD
Pathologie et thérapeutique générales.....		BOUCHARD
Pathologie médicale.....	}	HUTINEL.
Pathologie chirurgicale.....		BRISAUD.
Anatomie pathologique.....		LANNELONGUE
Histologie.....		CORNIL.
Opérations et appareils.....		MATHIASDUVAL
Pharmacologie et matière médicale.....		RECLUS.
Thérapeutique.....		POUCHET.
Hygiène.....		GILBERT.
Médecine légale.....		CHANTEMESSE
Histoire de la médecine et de la chirurgie.....		BROUARDEL
Pathologie expérimentale et comparée.....		DEJERINE.
Clinique médicale.....	}	HAYEM.
		DIEULAFOY.
		DEBOVE.
		LANDOUZY.
Maladie des enfants.....		GRANCHER.
Clinique de pathologie mentale et des maladies de l'encéphale.....		JOFFROY.
Clinique des maladies cutanées et syphilitiques.....		GAUCHER.
Clinique des maladies du système nerveux.....		RAYMOND
		TILLAUX.
Clinique chirurgicale.....	}	LE DENTU.
		TERRIER.
		BERGER.
Clinique ophtalmologique.....		DE LAPERSONNE
Clinique des maladies des voies urinaires.....		GUYON.
Clinique d'accouchements.....	}	BUDIN.
		PINARD.
Clinique gynécologique.....		POZZI.
Clinique chirurgicale infantile.....		KIRMISSON.

Agrégés en exercice.

MM.			
ACHARD	FAURE	LEGUEU	TEISSIER
AUVRAY	GILLES DE LA	LEPAGE	THIERY
BESANÇON	TOURETTE	MARION	THIROLOIX
BONNAIRE	GOSSET	MAUCLAIRE	THOINOT
BROCA (Aug.).	GOUGET	MERY	VAQUEZ
BROCA (André)	GUIART	POTOCKI	WALLICH
CHASSEVANT	HARTMANN	REMY	WALTHER
CUNEO	JEANSELME	RENON	WIDAL
DEMLIN	LANGLOIS	RICHAUD	WURTZ
DESGREZ	LAUNOIS	RIEFFEL (chef	
DUPRE	LEGREY	des travaux anat.)	

Par délibération en date du 9 décembre 1798, l'Ecole a arrêté que les opinions émises dans les dissertations qui lui seront présentées doivent être considérées comme propres à leurs auteurs, et qu'elle n'entend leur donner aucune approbation ni improbation.

A MES PARENTS

A MONSIEUR LE DOCTEUR QUEYRAT

Médecin des Hôpitaux.

A MON PRÉSIDENT DE THÈSE

MONSIEUR LE PROFESSEUR GAUCHER.

DE

L'Eléphantiasis de la verge et du scrotum

DÉFINITION

Le mot Eléphantiasis a servi primitivement à désigner des maladies différentes qui ont été successivement distinguées les unes des autres. On sait, en effet, que le mot éléphantiasis des Grecs a été employé comme synonyme de la lèpre. Actuellement, ce terme sert à désigner un état morbide qui est surtout fréquent sous les tropiques, où il reconnaît une cause spéciale, mais qui existe aussi dans nos pays et qui peut siéger avec des causes diverses, sur diverses parties du corps. Aujourd'hui le terme d'éléphantiasis est réservé uniquement à ce que les anciens appelaient *l'éléphantiasis* des Arabes.

Nous devrions peut-être dans un travail de la nature de celui-ci nous dispenser de définir ce mot, sur la signification duquel tout le monde est d'accord maintenant. Mais comme dans un écrit quelcon-

que, il n'est jamais sans intérêt de définir le terme principal, celui qui résume le sujet que l'on traite, nous avons jugé utile de reproduire ici quelques-unes des définitions données par les auteurs qui se sont particulièrement occupés de la maladie que nous étudions.

Larrey la définissait ainsi : « Tuméfaction des bourses, caractérisée par une hypertrophie plus ou moins considérable et une induration de la peau et du tissu cellulaire sous-cutané, avec altération des autres enveloppes des testicules restant sains d'ordinaire, au milieu des parties malades.

Cette définition de Larrey ne vise que le symptôme primordial de la maladie, sans donner d'explications sur la pathogénie de l'affection.

Barralier, dans son article « Eléphantiasis » du *Dictionnaire de médecine et de chirurgie*, considère la maladie comme caractérisée par une production excessive de tissu connectif, résultant du défaut d'absorption par les lymphatiques et les veines de la sérosité qui s'est accumulée sous l'influence des poussées inflammatoires.

M. Besnier, en 1878, élargit la question en montrant qu'il n'y a pas un éléphantiasis, mais des états éléphantiasiques. Pour lui : « la dénomination d'éléphantiasis s'applique à une série d'affections dont la condition pathogénique est multiple, mais dont la condition instrumentale est toujours une irritation localisée et une obstruction du système lymphatico-veineux d'une région du corps, et la lésion un œdème inflamma-

toire hypertrophique à paroxysmes successifs et à marche lente et chronique. »

Nous dirons avec H. Gaucher : « On doit donner le nom d'éléphantiasis à une hypertrophie du derme et du tissu cellulaire sous-cutané, consécutive à un œdème chronique, dû lui-même à des troubles de la circulation lymphatique ou veineuse.

Cette lésion cutanée a son origine dans une infiltration plus ou moins étendue, mais toujours localisée, limitée à certaines parties du corps dont elle amène la déformation ».

La maladie dont nous nous occupons a reçu des appellations diverses.

Considérée dans sa localisation au scrotum, on lui a donné les dénominations suivantes :

Hernie charnue (Fabrice d'Aquapendente) ;

Hernie gélatineuse (Reisilius) ;

Tumeur lymphatique des bourses (Richerand) ;

Sarcocèle d'Egypte (Larrey) ;

Oschéo-térostie sarcomateuse (Alibert) ;

Hydrocèle endémique (Kæmpfer).

SYMPTOMATOLOGIE

Il ressort des différentes définitions que nous avons empruntées aux auteurs, que l'éléphantiasis de la verge et du scrotum, définitivement établie, est caractérisée par une augmentation de volume parfois considérable de ces organes.

Cet état particulier se forme progressivement et de deux façons bien distinctes. Nous décrirons séparément les deux modes d'invasion de la maladie, car les symptômes prennent un caractère bien tranché et présentent des différences notables dans les deux cas.

Faisons seulement remarquer que, malgré cette distinction que nous établissons entre les deux formes de l'éléphantiasis, bien des caractères communs rapprochent ces deux variétés. Ce n'est que dans les débuts de la maladie, dans la façon dont elle se présente dès les premières atteintes, que nous pourrions trouver des symptômes capables de différencier les deux formes sous lesquelles elle se présente à nous.

Tantôt, en effet, l'éléphantiasis des organes génitaux chez l'homme, suit une marche sourde, insensible, chronique dès le début. Le seul symptôme qui se manifeste au bout de quelque temps est un gonflement de ces organes à marche progressive et plus ou moins rapide.

Tantôt, au contraire, la maladie débute par des accidents locaux inflammatoires, accompagnés de réaction générale plus ou moins intense. A ces accidents succède une tuméfaction qui persiste dans l'intervalle des accès.

Ces poussées inflammatoires se reproduisent dans le cours de la maladie, un nombre indéterminé de fois, à des intervalles de temps irréguliers, laissant après elles, les bourses et la verge plus volumineuses et quand elles cessent de se reproduire, après un certain temps, ces organes continuent à grossir.

Forme aiguë (inflammatoire).

Alard a étudié cette forme de la maladie avec attention et en a décrit les symptômes d'une façon très complète. Larrey en donne aussi une bonne description.

L'invasion est brusque ; le sujet est pris au milieu d'un état de santé satisfaisant de frissons violents, le pouls devient fréquent. Le malade éprouve un sentiment de malaise, une sensation de froid, à laquelle succède une pénible impression de chaleur. Ces symptômes éclatent subitement, sans que le malade puisse leur attribuer une cause quelconque, d'autres fois il leur indiquera comme origine une fatigue exagérée, l'exposition au vent froid, l'humidité (etc.). La fièvre s'allume, la température atteint 39, 40 et 41 degrés. Cette fièvre ne tarde pas à devenir continue. La langue est épaisse, chargée, couverte d'en-

droits blanchâtres ou jaunâtres indiquant des troubles du côté du tube digestif. Ces troubles se traduisent par des nausées, par des vomissements muqueux, bilieux, quelquefois très abondants et très fatigants pour le malade. Notons encore une soif très vive et très pénible à supporter, des insomnies, de la céphalalgie plus ou moins prononcée, qui peut s'accompagner de délire chez les personnes excitables, affaiblies ou alcooliques.

Pendant ce temps la verge ou le scrotum qui sont le siège de la maladie présentent des modifications importantes. Le malade y éprouve des douleurs vagues d'abord, caractérisées plutôt par un sentiment de lourdeur locale. Ces douleurs s'accroissent bientôt, prennent parfois la forme lancinante et s'irradient vers les deux régions inguinales.

La peau des organes génitaux présente une rougeur érysipélateuse plus ou moins étendue, des plaques rouges, des traînées de lymphangite se dirigeant vers les ganglions inguinaux, qui sont eux-mêmes tuméfiés.

Les crises ne sont pas toutes aussi graves que celle que nous venons de décrire, chez tous les sujets. Le même malade présente lui-même d'ailleurs des crises graves et d'autres bénignes. Les premières durent de deux à cinq jours, quelquefois même quinze jours, les crises bénignes quelques heures.

Quelle que soit l'intensité des phénomènes, ceux-ci s'amendent après un temps plus ou moins long, selon leur gravité, comme nous venons de le voir. La

température s'abaisse, le pouls reprend son allure normale, les vomissements s'arrêtent, la céphalalgie disparaît. Le malade se croit guéri et peut se livrer à ses différentes occupations. Seuls, la verge et le scrotum restent tuméfiés, comme œdématiés. Il n'y a pas de douleurs locales, mais seulement un certain épaississement de la peau de ces organes.

Après cette première crise éléphantiasique, la santé du sujet peut se maintenir parfaite pendant une période de temps de durée variable, quelques mois, quelques années même, puis sous une influence apparente quelconque, ou sans cause déterminée, une nouvelle poussée inflammatoire va se produire, accompagnée des symptômes que nous avons déjà décrits. Puis, de nouveau, tous les accidents se calment, ne laissant après eux qu'une nouvelle tuméfaction des parties génitales.

Ces poussées se reproduisent un nombre indéterminé de fois, à intervalles irréguliers, laissant toujours le scrotum et la verge plus volumineux et plus épaissis ; et quand elles cessent de se produire au bout d'un certain temps, ceux-ci continuent à grossir

Forme chronique.

Ce qui caractérise cette forme de la maladie c'est la marche sourde des événements. Nous ne trouvons pas ici de symptômes précurseurs ; plus d'accidents inflammatoires, plus de réaction générale de l'organisme.

Le malade ne prête pas attention au début, à cette tuméfaction légère, à cet empâtement de ses organes génitaux. Ce n'est que plus tard, quand le volume des organes augmente, que la peau s'épaissit, qu'il commence à s'inquiéter de son état.

La peau ne change ni de couleur, ni d'aspect ; il n'existe pas de douleurs spontanées ou provoquées, l'intégrité des fonctions génitales est conservée.

L'éléphantiasis fait des progrès, tantôt avec une extrême lenteur, tantôt d'une manière assez rapide.

A mesure que la tuméfaction augmente la peau s'épaissit, elle devient rugueuse, mamelonnée. Elle se creuse de sillons irréguliers qui s'entrecroisent en sens divers circonscrivant une multitude de saillies plus ou moins prononcées que les tractions ne peuvent effacer.

Cette forme particulière de la maladie peut arriver à un grand état de développement sans que le sujet présente le moindre accident inflammatoire.

Parfois, au contraire, après avoir débuté d'une façon insidieuse et sourde et avoir ainsi continué sa marche pendant plus ou moins de temps, la tuméfaction peut s'enflammer et se présenter sous la forme aiguë que nous avons décrite en premier lieu.

M. Besnier pense qu'il faut se mettre en quelque défiance à l'égard de ces faits rapportés le plus habituellement d'après le seul souvenir des patients ou observés incomplètement, que les éléphantiasis qui naissent et évoluent sans lymphangites fébriles appréciables, ces formes apyrétiques et aphlegmasi-

ques, ces pachydermies froides sont rares ou temporaires, et qu'après une certaine durée l'état latent ne s'observe plus.

Il existe cependant des cas certains d'états éléphantiasiques de la verge et du scrotum arrivés à un grand développement, d'une façon chronique et sans réaction inflammatoire.

L'état d'infiltration des organes génitaux ne rétrograde jamais ; il augmente au contraire progressivement, en suivant comme nous l'avons déjà dit une marche lente ou rapide.

L'affection peut atteindre à la fois la verge et le scrotum, ou ces deux organes séparément.

Sous l'influence de la maladie, ces organes prennent peu à peu un développement qui peut être énorme.

Le scrotum devient globuleux ou piriforme et dans ce dernier cas la tumeur est allongée, son plus grand diamètre transversal se rapproche de la partie inférieure, un pédicule large et épais qui s'étend du pubis à l'anus, semble la fixer à la région périnéale. Les poils attirés en bas avec la peau du pubis par le poids de la tumeur en recouvrent la partie supérieure. Ils paraissent espacés et écartés les uns des autres.

La verge subit de son côté des modifications analogues. La peau s'infiltré et s'hypertrophie. Les corps caverneux et le gland n'étant jamais atteints ne subissent aucune altération de volume. Ils paraissent dans les tissus hypertrophiés. Le prépuce dont le développement peut être considérable déborde le gland, et constitue un canal faisant suite à l'urèthre et s'ouvrant

à l'extérieur par une sorte de méat en forme d'ombilic. Par suite de cette disposition, l'expulsion des urines devient plus difficile. Elles ne sont plus projetées avec force et par leur contact incessant avec la surface antérieure du scrotum, quand celui-ci est très développé, elles peuvent produire des ulcérations. Enfin, il peut en rester, après la miction, une petite quantité, en arrière du méat, dans le canal formé par le prépuce, et l'on comprend sans peine l'action irritative que produit sur les tissus le séjour prolongé de l'urine.

Quels qu'aient été les débuts de la maladie, phénomènes inflammatoires ou chroniques, les téguments, en même temps qu'ils s'hypertrophient, s'indurent. Ils prennent alors une dureté remarquable, une consistance ligneuse particulière. La surface du scrotum devient rugueuse et souvent parsemée de mamelons séparés par des dépressions profondes. L'épiderme s'écaille, se desquame : on peut le désagréger par plaques en le grattant avec l'ongle. Souvent, après la chute des croûtes on observe de petits points ulcérés. L'épaississement et la dureté des téguments empêchent souvent de sentir les testicules ou les corps caverneux.

On peut observer parfois, à la surface des téguments hypertrophiés, l'existence de vésicules transparentes, translucides, dont la grosseur varie depuis le volume d'une tête d'épingle jusqu'à celui d'un gros pois. Ces vésicules qui ne sont autre chose que des varices lymphatiques cutanées, se vident de leur contenu, soit à la pression, soit spontanément.

Les parties malades présentent quelquefois une perte de la sensibilité superficielle, qui peut devenir de l'anesthésie complète.

A part les sensations de tiraillements que le malade ressent souvent le long des cordons, il n'y a pas de douleur. La tumeur n'est gênante que par le volume considérable qu'elle peut acquérir et par son poids. Elle peut alors rendre la marche très pénible et même impossible pour le malade.

Les quelques exemples que nous allons citer donneront une idée du développement énorme que peut atteindre la tumeur, au point de constituer de véritables monstruosités, que l'on rencontre surtout dans les pays chauds. Les cas de nos pays sont généralement plus bénins, et il est rare d'y constater ces difformités considérables.

Kendy rapporte l'exemple d'un nègre de Barbade dont la tumeur scrotale mesurait 1 m. 94 de circonférence et 0,64 de longueur.

Chopard parle d'un nègre de la côte de Guinée dont le scrotum descendait jusqu'aux malléoles, la circonférence vers la partie supérieure était de 0,70, vers la partie inférieure de 1 m. 28, la longueur de 0,81. Cet homme fut présenté à l'Académie de chirurgie en 1768. Il fut hospitalisé à Bicêtre où il mourut quelque temps après.

Les moindres tumeurs observées par Larrey en Egypte et parvenues à leur complet développement pesaient 20 ou 25 kilogs.

Clot-Bey en a également remarqué dont le poids variait entre 20 et 60 kilogs.

Velpeau a vu à la Charité, en 1852, un jeune homme de 21 ans, manouvrier des environs de Paris, dont les organes génitaux externes s'étaient considérablement développés après un violent accès de fièvre. Cette tuméfaction s'accroissait progressivement après chaque accès de fièvre. Le scrotum était dix fois plus développé qu'à l'état normal, la verge était de la grosseur du bras. La peau était épaisse, rugueuse, squameuse.

On trouve dans la *Gazette des hôpitaux* de 1863, l'observation d'un éléphantiasis si volumineux de la verge, chez un ecclésiastique, que celle-ci descendait jusqu'au-dessous des genoux. Elle obligeait par sa grosseur le malade à tenir les jambes écartées, et à porter un suspensoir prenant son point d'appui au cou.

Nous pourrions multiplier les exemples, mais ceux-ci nous semblent suffisants pour montrer à quel développement considérable peuvent aboutir ces états d'éléphantiasis de la verge et du scrotum.

ANATOMIE PATHOLOGIQUE

La lésion fondamentale de l'éléphantiasis, que cette affection siège à la verge, au scrotum ou à une autre partie du corps, est une hypertrophie de la peau et du tissu cellulaire sous-cutané. Nous verrons, tout à l'heure, aux chapitres Pathogénie et Étiologie, quels sont le mode de formation et les causes de cette hypertrophie.

Nous avons déjà décrit, avec suffisamment de détails, à la symptomatologie, l'aspect macroscopique de la tumeur, nous n'y reviendrons pas ici. Nous n'avons en vue dans ce chapitre que l'étude des lésions histologiques des tissus atteints par la maladie.

« Dans les degrés avancés de la maladie, dit Virchow, les coupes faites à travers la tumeur ne montrent qu'une seule callosité continue, dure, fibreuse, de consistance lardacée. Cette substance n'est autre qu'un tissu connectif sclérosé, imbibé de sérosité limpide, expressible. On peut à peine y distinguer encore les éléments primitifs : les uns disparaissent, comme notamment les tissus graisseux et musculaires; les autres se confondent intimement entre eux et ne forment plus qu'une seule masse.

Voici quelles sont, examinées au microscope, les diverses lésions que présentent les éléments constitutifs de la peau, de la verge et du scrotum.

L'épiderme conserve en général sa coloration normale, il prend parfois cependant une coloration brunâtre ou jaune. Il ne présente pas de modifications importantes, du moins au début de la maladie. Son épaisseur peut cependant être augmentée. Le corps muqueux de Malpighi n'est pas altéré, le stratum granulosum est formé par plusieurs couches de cellules qui contiennent une assez grande quantité d'élicidine (Cornil).

Le derme est toujours hypertrophié. Son épaisseur est variable suivant les cas et suivant l'âge de la maladie.

Les papilles dermiques sont généralement agrandies dans le sens transversal et vertical. Elles présentent une forme variable, tantôt conique, tantôt globuleuse. Elles sont formées d'un tissu conjonctif lâche, dans lequel se trouvent des cellules aplaties et des cellules rondes. Les vaisseaux capillaires des papilles ont une dimension considérable, leurs parois sont minces, formées d'une simple membrane qui se confond avec le tissu périphérique. On trouve dans leur intérieur, des globules rouges, des globules blancs en petit nombre, et de distance en distance, des filaments minces de fibrine dont le réseau englobe les éléments figurés du sang (Cornil).

Les vaisseaux lymphatiques subissent des modifications importantes. Ils sont dilatés, leurs parois sont

amincies. On observe parfois de véritables varices lymphatiques. Ils sont atteints dans certains cas, comme nous le verrons à la pathogénie de l'affection, d'inflammation qui porte plus spécialement sur leur tunique interne. Les cellules endothéliales sont alors tuméfiées, elles prolifèrent, se desquament et peuvent oblitérer la lumière des vaisseaux.

Les artères qui circulent dans la partie dense du derme sont entourées de cellules lymphatiques en voie de dégénérescence fibreuse qui leur forment comme des gâines. Elles ont leurs parois adhérentes à la masse. Les veines sont souvent variqueuses.

Les nerfs sont plus volumineux qu'à l'état normal. Le névrilème est épaissi. Autour des faisceaux primitifs des nerfs, le tissu conjonctif est plus épais que sur les nerfs normaux. De plus, au milieu du tissu fibreux du névrilème, il existe des îlots de tissu cellulo-adipeux irréguliers, plus ou moins considérables, qui entrent pour une part dans l'hypertrophie apparente du nerf. Lorsqu'on examine avec un grossissement suffisant les coupes des faisceaux primitifs, on voit que les cylindres d'axe sont irréguliers comme dimensions, et qu'un certain nombre d'entre eux manque ou est remplacé par une cavité plus grande que le cylindre lui-même (Cornil).

Au-dessous du derme, le tissu cellulaire sous-cutané est envahi par l'hypertrophie qui augmente de beaucoup l'épaisseur des cloisons conjonctives. Il présente en outre presque toujours des cavités kystiques en nombre variable et renfermant plus ou moins de séro-

sité citrine très fluide. Le tissu adipeux est parfois conservé ou augmenté, parfois tellement diminué qu'il fait presque complètement défaut.

Les diverses enveloppes du testicule sous-jacentes à la peau sont rarement altérées. Parfois cependant on a pu noter une hypertrophie des crémasters.

La tunique vaginale est saine ordinairement. On l'a vue hypertrophiée, fibreuse, cartilagineuse même. Elle contient très souvent une certaine quantité de liquide.

Les testicules sont normaux, de même que les cordons spermatiques.

PATHOGÉNIE

A la verge et au scrotum « l'éléphantiasis peut être le résultat de toutes les causes qui portent obstacle à la libre circulation de la lymphe ou du sang veineux. Il commence par l'œdème chronique qui aboutit à l'hyperplasie embryonnaire et conjonctive.

« L'oblitération, le rétrécissement ou l'engorgement des voies naturelles d'écoulement de la lymphe et du sang, peuvent être réalisées par des lésions d'origine et de nature très diverses : lésions inflammatoires chroniques des petits vaisseaux, lésions mécaniques d'obstruction ou de compression des lymphatiques ou des veines, stase sanguine prolongée par gêne de la circulation générale et enfin troubles vaso-moteurs » (Gaucher).

Le processus anatomique est le même dans tous les cas. Il peut être divisé en deux stades qui justifient parfaitement les dénominations d'œdème blanc et d'œdème dur que les auteurs ont quelquefois employées pour désigner la maladie.

Par suite d'un obstacle à la circulation de retour, lymphatique ou veineuse, il se produit dans toute la portion du système circulatoire, située en amont des parties oblitérées, une rétention et une accumulation de liquide. Ce liquide stagne et s'infiltré dans les

tissus voisins, et le premier stade de la maladie est alors constitué. Il est caractérisé par une sorte d'œdème persistant.

Plus tard, sous l'action irritante des liquides organiques extravasés, les faisceaux conjonctifs et les fibres élastiques du dernier s'accroissent en longueur et en épaisseur, en même temps qu'il s'en forme de nouveaux. D'autre part le liquide épanché dans les espaces du derme, s'épaissit, se charge d'éléments cellulaires qui s'agglomèrent et s'organisent, par suite d'une prolifération très active. Ces cellules de formation nouvelle subissent une transformation fibreuse et les tissus s'indurent. C'est là le deuxième stade et l'éléphantiasis est établi.

Nous devons chercher maintenant à nous rendre compte de la façon dont cet obstacle à la circulation de retour peut survenir. Il est nécessaire de distinguer deux ordres de faits absolument différents suivant que l'obstruction à l'écoulement de la lymphe est d'origine inflammatoire ou non.

1° *Eléphantiasis inflammatoire de la verge et du scrotum.* — Dans la plupart des cas d'éléphantiasis nostras, l'affection survient à la suite d'inflammations répétées des réseaux vasculaires lymphatiques. Ce sont ces inflammations qui, par de nombreuses récides, causent la pachydermie éléphantiasique des organes génitaux. Ces inflammations sont causées par le streptocoque de Fehleissen, dont le rôle pathogénique a été bien mis en évidence par M. Sabouraud, dans ces cas d'éléphantiasis de nos pays. Nous ne pouvons

mieux faire que de citer à ce propos quelques passages de ce travail :

« La lésion, dit-il, est indolore, c'est plutôt une infirmité qu'une maladie, et les porteurs peuvent vaquer à leur profession même fatigante sans en éprouver d'inconvénients. Mais de temps à autre, tous les mois et même plus souvent, ils ressentent des douleurs locales et de la gêne, et alors ils prévoient un accès de fièvre qu'ils connaissent et décrivent très bien..... Il y a des symptômes généraux, une fièvre quelquefois intense, des frissons, de la soif, de l'anorexie, et localement des symptômes non douteux de lymphangite avec ganglions..... Tout dans cet accès s'applique exactement à ce que l'on désigne aujourd'hui par le nom de lymphangite, c'est-à-dire : envahissement microbien du tissu réticulé de l'hypoderme et des troncs lymphatiques qui en émanent. L'œdème dur, éléphantiasique, est de la lymphangite chronique ; ce sont les lésions accumulées par des centaines de crises semblables à celles que nous avons décrites, accompagnées chacune d'une poussée d'œdème nouveau, c'est-à-dire anatomiquement de diapédèse.

« L'œdème, chaque fois, n'est pas suivi de la complète restitution *ad integrum*, mais probablement d'une organisation sur place en tissu conjonctif adulte des cellules embryonnaires émigrées... Quel est l'être évidemment microbien dont la pullulation cause une lymphangite à récurrence, lesquelles récurrences causent une pachydermie éléphantiasique confirmée ?... En pressant sur les parties enflammées des téguments, et

au moyen de scarifications très superficielles, un peu de sérum et de sang, nous avons obtenu sans un manque des cultures plus ou moins abondantes, mais invariablement pures de streptocoques de Fehleissen.

« Le streptocoque n'est-il pas par excellence le microbe aux pullulations récidivantes sur le même terrain, suivant le type presque centenaire déjà de l'érysipèle à répétitions ».

Il résulte donc, de ce travail de M. Sabouraud, que ces états éléphantiasiques d'origine inflammatoire de la verge et du scrotum, reconnaissent pour cause un agent microbien, le streptocoque, qui pénètre dans les tissus qu'il va modifier, par des lésions locales, ou en venant d'un point relativement éloigné et après avoir traversé une grande étendue de vaisseaux cutanés sans marquer la trace de son passage.

Comment l'infection arrive-t-elle à s'opposer au cours normal de la lymphe ? C'est, en lésant les vaisseaux et les ganglions lymphatiques, par les irritations répétées du réseau lymphatique, que les agents microbiens déterminent, d'abord l'œdème, puis la prolifération embryonnaire péri-vasculaire, et enfin l'hyperplasie conjonctive qui constitue l'éléphantiasis.

Virchow montre bien les différentes phases du processus morbide.

« On peut, dit-il, expliquer de deux manières, comment il se fait que cette substance s'accumule en grande quantité dans les parties ; d'abord parce que,

comme du moins je le crois, elle se produit dans les parties mêmes à la suite des inflammations qui atteignent les tissus, que par conséquent, dans l'intimité des parties, il se transforme une plus grande quantité d'autres matériaux ou substance fibrinogène ; puis aussi parce que cette substance qui, à l'état normal devait être entraînée comme élément de la lymphe, reste et séjourne dans les tissus, puisque tout courant cesse alors dans les vaisseaux lymphatiques. Cette cessation du flux à travers les vaisseaux lymphatiques s'explique à son tour par le gonflement des glandes lymphatiques, produit par une augmentation des éléments cellulaires dans l'intimité de la glande ; il semble que par la croissance rapide de la masse glandulaire, le passage soit interrompu, et qu'il en résulte une stase de la lymphe... Il est donc probable qu'il y a bien moins à s'en prendre aux vaisseaux lymphatiques qu'aux glandes, qui par leur état gênent le flux de la lymphe et amènent une stase lymphatique. Ce n'est pas un œdème ordinaire, comme il se forme dans les tissus qui sont à l'état d'hydropisie anasarque, mais bien une leucophlegmasie, une phlegmasie blanche, un œdème lymphatique qui se distingue déjà d'un œdème ordinaire, en ce que les parties qui en sont atteintes, n'ont pas une consistance empâtée, facilement dépressible, mais qu'ordinairement elles donnent la sensation d'un corps solide et dur, offrent une plus grande résistance à la pression du doigt, et ont, par conséquent, plutôt l'aspect du sclérème ».

D'autre part les expériences d'Heidenkain expliquent en partie ce qui se produit. Cet expérimentateur a démontré le rôle de l'endothélium des vaisseaux lymphatiques, en tant qu'organe sécrétoire sur les liquides contenus dans les vaisseaux.

La composition du liquide exsudé varie, non seulement, avec la nature des sucs charriés par les vaisseaux lymphatiques, mais aussi avec l'état de nutrition de l'endothélium. On comprend facilement que s'il existe dans la région, une cause d'infection du réseau lymphatique, l'endothélium qui tapisse les vaisseaux doit être altéré dans son fonctionnement, et capable de donner comme produit de sécrétion un liquide plus plastique, plus favorable à une organisation que le liquide normal.

Ainsi que l'a indiqué, J. Renault, on conçoit facilement aussi que par suite des inflammations chroniques du derme, les glandes lymphatiques qui reçoivent directement la lymphe des parties enflammées, s'irritent, s'engorgent tant que la cause de l'irritation persiste. En fin de compte, elles se transforment en masse de tissu cicatriciel rétractile qui oblitère les voies de la lymphe.

M. Jeanselme, de son côté, a montré en étudiant la dermite hypertrophique qui survient à la suite d'infections répétées, comment, à chaque nouvelle poussée, les ganglions subissent une sorte de sclérose inflammatoire. De là provient une modification dans le cours de la lymphe, une stase de ce liquide,

avec dilatation rétro-ganglionnaire du réseau lymphatique et augmentation de l'œdème.

L'œdème lymphatique peut être encore provoqué par des nœuds de lymphangite oblitérante. On sait en effet aujourd'hui, que les agents microbiens, notamment les streptocoques, peuvent former dans les vaisseaux lymphatiques de petits amas et y provoquer des coagulations (Cornil, Metchnikoff, Achalme).

De tout ce que nous venons de dire il résulte que l'éléphantiasis inflammatoire de la verge et du scrotum dans nos pays est sous le dépendance du streptocoque. Cet agent microbien, par les inflammations répétées qu'il provoque, produit l'œdème lymphatique par suite d'obstacles à la circulation tels que nœuds de lymphangite oblitérante et sclérose des ganglions.

2° *Eléphantiasis de la verge et du scrotum d'origine filarienne.* — Dans cette forme particulière de la maladie qui ne s'observe que dans les pays chauds, ou chez les sujets ayant voyagé dans les régions où existe le parasite, l'obstacle au cours de la lymphe provient d'un ver nématode, la *filaria sanguinis hominis*.

Avant de montrer comment agit la filaire pour produire l'éléphantiasis des organes génitaux, il nous a semblé nécessaire de donner quelques détails sur ce parasite.

Les embryons de la filaire, qui mesurent environ 0,125 millimètres environ, ont été vus pour la première fois par Demarquay, chirurgien de la maison municipale de santé en 1863, dans le liquide d'une

tumeur des bourses, chez un jeune homme de 19 ans, originaire de la Havane. Wucherer les vit ensuite en 1866 à Bahia. En 1872, Levis trouve l'embryon dans le sang d'un Hindou. Considérant que presque tous les individus, chez qui on le rencontre, sont atteints de chylurie, d'éléphantiasis ou de varices lymphatiques du scrotum, il proclame que l'éléphantiasis des Arabes est associé à la présence de l'helminthe, qui produit une gêne mécanique de la circulation lymphatique. Patrick Hanson, médecin de la douane d'Amoy (Chine), adopte cette opinion. En 1877, Felicio dos Sandos, de Rio de Janeiro, da Silva Arango de Bahia, l'observent dans la lymphe exsudant de scrotums éléphantiasiques.

Le ver adulte qui mesure 8 à 10 centimètres, fut vu en 1876 par Bancroft, en 1877 par Levis chez un jeune Bengalais qu'il opérait d'un éléphantiasis du scrotum, par da Silva Arango en 1877, chez un individu présentant un éléphantiasis scrotal au début. Enfin, en 1881, Manson met à jour un ver incomplet, encore contenu dans un vaisseau lymphatique, en opérant un lympho-scrotum.

Depuis cette époque, la filaire du sang a été observée par de nombreux observateurs. Elle existe en Egypte, en Algérie, à l'Ile Maurice, à la Réunion, à Madagascar. En Asie, elle est très commune aux Indes (Lervis), en Chine (Manson), au Japon. Bancroft l'a observée en Australie. En Amérique : elle est très fréquente au Brésil, à la Guyane, à la Guadeloupe, à Cuba.

Comment les filaires sont-elles introduites dans le corps de l'homme. Manson a suivi les migrations du parasite et bien mis en lumière le rôle des moustiques que Bancroft avait soupçonné. Supposons qu'un moustique du genre *Culex*, vienne piquer un individu atteint de filariose. Avec les globules sanguins, il avale les embryons de filaire. Après avoir achevé son repas, alourdi par le poids de son abdomen distendu et incapable de voler longtemps, il se fixe sur quelque objet près de la surface d'une eau stagnante...

Au bout de quelques jours le moustique s'abat sur l'eau, y dépose ses œufs et meurt. Les filaires qui ont subi des métamorphoses décrites par Manson, deviennent libres, et peuvent être avalées avec l'eau des boissons ou pénétrer dans le corps humain par quelque solution de continuité de la peau.

« La filaire ne se voit que par moment dans le sang. Le parasite ainsi que l'ont observé Manson, d'autres observateurs et nous-même, ne peut être rencontré dans le sang des malades pendant le jour, mais il s'y montre vers le soir et le chiffre s'en élève jusqu'à minuit. A partir de cette heure, les filaires sont en moins grand nombre, puis elles disparaissent entre cinq et six heures du matin, comme si la présence de cet hématozoaire se trouvait en rapport inverse de l'intensité de la lumière » (Lancereaux).

Il nous reste maintenant à expliquer la pathogénie de cet éléphantiasis filarien. Le lieu d'élection des filaires est dans les vaisseaux lymphatiques, en amont des ganglions, son volume cependant minime

l'empêchant de progresser en aval. Manson admet que l'éléphantiasis résulte d'une stase mécanique produite par la présence de l'entozoaire dans les tissus : la stase de la lymphe et l'induration des tissus voisins est alors due, comme il le dit lui-même, à l'obstruction d'un département lymphatique quant au siège de l'éléphantiasis, il est déterminé par la position qu'occupent les filaires. Supposons-les situées en amont des ganglions qui reçoivent la lymphe de la peau de la verge et du scrotum, et nous aurons l'obstacle mécanique qui s'oppose à la circulation de celle-ci, production d'œdème, organisation de cet œdème, et l'éléphantiasis est constitué.

Il est certain que la filaire, par son séjour dans les vaisseaux lymphatiques de la verge et du scrotum, provoque une obstruction de ces canaux et partant les phénomènes morbides que nous étudions.

Elle agit aussi à la manière des irritants d'un autre ordre, en déterminant des phénomènes inflammatoires dans les conduits et les ganglions lymphatiques.

La pathogénie de cet éléphantiasis est fort discutée. Les recherches de quelques auteurs, notamment de M. Moncorvo, tendent à montrer qu'un certain nombre d'éléphantiasis endémiques des pays chauds relèvent de l'infection streptococcique.

Il est certain, qu'il semble très possible d'expliquer la fréquence extrême de ces manifestations lymphatiques dans les pays tropicaux, sans le concours obligé du parasite. Dans nombre de cas avec poussées

lymphangitiques et érysipélateuses, qui sont attribuées à la filariose, n'est-il pas permis de voir plutôt l'intervention d'une infection streptococcique primitive ou au moins surajoutée. Filaire et streptocoques doivent agir souvent de concert, et dans certains cas l'infection filarienne ne fait qu'éveiller dans l'organisme une prédisposition aux manifestations lymphatiques créées par des influences climatiques et spécifiques.

3° *Eléphantiasis non inflammatoire de la verge et du scrotum, par obstacle au cours de la lymphe et du sang veineux.* — Dans ce paragraphe nous aurons en vue ces états éléphantiasiques de la verge et du scrotum à marche chronique d'emblée, sans réactions inflammatoires, que nous avons déjà décrits.

Les travaux de M. Boddaert, sur la localisation et le mode de développement de l'œdème lymphatique, nous renseignent sur la pathogénie de ces états.

Voici quelles sont les conclusions de l'auteur après les expériences qu'il a faites sur le lapin :

L'obstruction des vaisseaux lymphatiques seuls d'un membre est suffisante pour produire l'œdème.

Dans certaines conditions, la ligature d'un seul vaisseau lymphatique, pourvu que celui-ci soit assez considérable et qu'il recueille par ses hanches une certaine quantité de lymphe, peut être suivie d'infiltration œdémateuse. Cet œdème d'origine lymphatique n'a pas de tendance à se produire à la périphérie, dans les espaces où la lymphe se forme et est

recueillie par les vaisseaux les plus ténus, mais seulement autour des gros troncs lymphatiques, en amont de la ligature et aussi dans les ganglions dont elle est le plus rapprochée. C'est évidemment cette particularité qui en isolant en quelque sorte l'œdème fait comprendre la possibilité d'une localisation, caractère qui appartient en propre à l'œdème lymphatique. L'expérience suivante prouve que celui-ci se développe par une transaction à travers les parois des vaisseaux. Après avoir au préalable dénudé au bas du cou le vaisseau ou les divers troncs lymphatiques qu'il se propose d'étudier, et posé une ligature à leur niveau, l'auteur injecte un demi ou un centimètre cube d'une solution de fluorescéine dans le tissu sous-cutané de la face ou de la région crânienne du lapin. Que va-t-il se passer. Peu à peu, un suintement se manifeste, les parois externes des lymphatiques et les tissus adjacents à ces vaisseaux deviennent humides. Bientôt la lymphe suintant à travers la partie du vaisseau que l'opérateur vient d'isoler, forme une petite collection séreuse de coloration nette. L'œdème au début est rigoureusement limité à la partie située au-dessous de la ligature du vaisseau lymphatique. Plus tard en disséquant toute l'étendue de la région sur laquelle on a opéré, on voit que la fluorescéine, au foyer de l'injection, ne montre pas de diffusion semblable.

« Le liquide coloré de transsudation s'accumule, surtout en amont de la ligature et aussi au voisinage des ganglions, c'est-à-dire aux endroits où les obsta-

cles sont les plus considérables, et la pression contre la face interne de la paroi plus forte. »

Dans les cas d'éléphantiasis de la verge et du scrotum par stase de la lymphe, l'obstacle à la circulation siègera le plus souvent, aux ganglions lymphatiques du pli de l'aîne qui reçoivent les vaisseaux blancs émanant de ces organes.

Les compressions de toute sorte des ganglions inguinaux, les modifications qu'ils subissent dans leur intimité, au nombre desquelles nous citerons la sclérose quelle que soit son origine : syphilitique (Obs. I), tuberculeuse (Obs. XII), agissent en portant obstacle au cours de la lymphe. Dans plusieurs des observations que nous relatons (IV. V. • VI.), l'affection a succédé à la suppression brusque du drainage lymphatique, par l'enlèvement des groupes ganglionnaires correspondant à la région atteinte.

Signalons encore dans un autre ordre de faits, que la stase circulatoire veineuse prolongée, d'origine locale ou centrale (thrombose, phlébite, affection cardiaque), doit être aussi considérée comme une condition capable d'entraîner l'éléphantiasis.

D'après Virchow, la stase veineuse qui conduit à l'œdème, amène en même temps un courant plus fort de lymphe, par conséquent un surcroît d'activité des vaisseaux lymphatiques. Ceux-ci se dilatent pendant que les glandes grossissent.

Nous pensons que l'éléphantiasis de la verge et du scrotum consécutif à une stase veineuse, d'origine

locale ou centrale, doit être plus rare à ces organes qu'aux autres régions.

Dans un cas que nous publions, l'état éléphantiasique de la verge et du scrotum est dû à une stase veineuse d'origine centrale. La lésion n'est pas uniquement limitée aux parties génitales, elle s'étend aux cuisses et à l'abdomen (Obs. XIII).

Que l'œdème soit dû à une stase lymphatique ou veineuse, nous devons faire remarquer que par suite de la disposition des parties œdématiées, les irritations les plus légères donnent souvent lieu à des inflammations érysipélateuses.

• • Conclusions.

Il nous paraît nécessaire de tirer quelques conclusions de cette étude que nous venons de faire sur la pathogénie de l'éléphantiasis :

1° Cette affection n'offre pas toujours un mode pathogénique simple. Plusieurs influences morbides peuvent entrer en jeu pour la produire et il n'est pas toujours facile de fixer la part qui revient à chacune d'elles.

2° Quelle que soit la cause première apparente : inflammatoire (microbes, filaires) ou mécanique, la maladie succède toujours à une irritation du réseau lymphatique, ou à une stase lymphatique ou veineuse.

ETIOLOGIE

L'éléphantiasis des organes génitaux chez l'homme vient, comme fréquence, immédiatement après celui des membres inférieurs, à cause de la difficulté de la circulation de retour dans ces régions, circonstance éminemment favorable à la production de l'œdème.

Avant de rechercher les causes diverses favorables à l'éclosion ou au développement de la maladie, nous devons déclarer que celle-ci n'est pas héréditaire. Quelques auteurs (Duchassaing, Godard, Virchow) avaient conclu à l'hérédité de l'éléphantiasis. Cette théorie n'est plus admise. Dans les cas où l'éléphantiasis se montre chez plusieurs membres de la même famille, dans les pays où la maladie règne à l'état endémique, il est plus naturel de songer que les sujets sont soumis aux mêmes conditions hygiéniques et aux mêmes influences climatériques.

Age. — L'éléphantiasis de la verge et du scrotum peut se montrer à tous les âges. Il existe nombre d'observations de divers auteurs prouvant que les enfants en sont parfois atteints. Cependant d'une façon générale on peut dire que la fréquence de l'affection est plus grande de 15 à 25 ans, époque à laquelle s'accomplit une révolution dans les organes génitaux.

Distribution géographique. — « La fréquence de l'affection n'est pas la même en différents pays, et il en est où cette fréquence est si grande que l'affection peut y être déclarée endémique » (Besnier).

Cette endémicité s'observe dans les régions tropicales, quand on se rapproche de l'équateur.

Si l'on veut bien se rapporter à ce que nous avons dit de la filariose à l'article Pathogénie, il sera facile de constater que la filaire se rencontre surtout dans les régions tropicales, et nous savons quel est le rôle de la filaire dans la production de l'affection.

Nous devons de plus faire remarquer que l'Européen n'a pas, comme l'habitant des pays tropicaux, le tempérament lymphatique, c'est-à-dire une tendance à l'engorgement et à l'inflammation du système lymphatique qui devient en quelque sorte un *locus minoris resistentiæ*.

Une des preuves de ce tempérament se tire de ces états morbides qui ne se rencontrent que dans les pays chauds tels que : urines chyleuses, dilatations variqueuses des vaisseaux du derme, etc.

Cet état lymphatique est produit par des conditions telluriques et climatiques, dont l'influence a été mise en évidence par les anciens auteurs.

Ceux-ci ont en effet insisté sur la fréquence de la maladie dans les régions où, aux chaleurs accablantes du jour, succède la fraîcheur des nuits. Ces brusques transitions de chaud au froid ont certainement une influence sur la marche de la maladie, comme le prouve le fait suivant : Dans l'île Barbade le mal

n'a fait son apparition, que lorsque cette île a été complètement défrichée et déboisée et que les vents froids ont eu prise sur les habitants. Il n'y était pas connu auparavant, et survint, suivant pas à pas le déboisement du pays.

Ces variations de température peuvent agir, du moins nous le pensons, en éveillant la virulence des microbes et notamment du streptocoque, ou par leur influence irritante chez les individus dont l'organisme est en possession de filaires.

L'éléphantiasis de la verge et du scrotum est endémique en Egypte, aux Barbades, sur la côte occidentale d'Afrique, à la Réunion, à l'île Maurice ; dans le sud de la Chine, au Japon, aux Indes, dans l'Amérique du sud, notamment au Brésil.

Bien que les cas les plus fréquents s'observent dans ces régions, il n'est pas rare d'en rencontrer dans les pays tempérés, mais ils n'atteignent presque jamais les mêmes développements.

Influence des professions. — « Toutes les professions, dit M. Gaucher, qui obligent à travailler dans les endroits humides, y prédisposent. » Larrey fait aussi remarquer que : les ouvriers et généralement tous ceux qui travaillent assis, tels que les tisserands, les tailleurs, les brodeurs, etc., sont plus exposés au sarcocèle. Nous pensons que dans ces cas, la cause doit provenir de l'irritation des parties génitales, des excoriations qui doivent servir de porte d'entrée au streptocoque.

Influence d'une mauvaise hygiène. — Tous les élé-

ments d'une mauvaise hygiène jouent un rôle dans l'étiologie de cette affection. Elle est plus fréquente chez les individus dont les organes génitaux sont en état de malpropreté continuelle, ce qu'il est facile de comprendre après ce que nous avons dit du streptocoque dans la pathogénie de l'affection.

Les auteurs qui se sont occupés de la maladie ont constaté l'influence fâcheuse d'une mauvaise alimentation.

Duchassaing dit que l'éléphantiasis se produit dans les pays où les habitants boivent l'eau des marais et des étangs.

Dans son « Histoire de Saint-Domingue » le Père Charlerioix déclare qu'il ne s'observe guère que chez les populations réduites à l'eau stagnante, et point dans les endroits où il y a des eaux vives.

« A la Guadeloupe, dit Gourand, formée de deux régions distinctes, l'une arrosée de nombreuses rivières, et couverte de montagnes boisées (Haute Terre), l'affection est très rare, l'autre partie de l'île (Basse Terre), n'a pas d'eau courante, la classe pauvre se désaltère avec l'eau stagnante des marais et des étangs. Dans cette partie de l'île l'éléphantiasis se montre sur près de un dixième de la population adulte. »

Nous avons vu en nous occupant de la filaire que c'est à la surface de ces eaux dormantes que la femelle du moustique vient s'abattre, les embryons de filaire sont mis en liberté. Avalés par l'homme, ils pénètrent dans l'organisme, portent obstacle à la circula-

tion de la lymphe et sont une cause d'éléphantiasis.

On a aussi incriminé l'usage de certaines nourritures, le poisson salé et corrompu par exemple. Godard déclare à ce sujet : « La nourriture avec le poisson a une grande action comme le prouve le dire de ce malade qui affirmait pouvoir avoir à volonté un accès d'éléphantiasis aigu en mangeant exclusivement et plusieurs fois de suite du poisson salé ». Lorsqu'on donne, dit Bergeron, à un sujet déjà atteint, une alimentation tonique, nutritive, mais d'où l'on a eu soin d'éliminer le poisson, on remarque parfois une rétrogression de la maladie ou tout au moins un arrêt notable dans son développement. Cette influence de la nourriture peut s'expliquer à notre avis par la production d'affections érythémateuses cutanées qui agissent à titre inflammatoire.

Influences pathologiques et spécifiques.

Ulcérations et contusions. — Les causes de beaucoup les plus importantes sont les lésions locales de toute sorte.

Nous signalerons les lésions aiguës répétées ou chroniques des téguments quelles qu'elles soient : l'eczéma, les lymphangites, les érysipèles, les érythèmes, etc.

Les contusions des organes génitaux peuvent être le point de départ, ou hâter la marche de la maladie. Bergeron traduit dans sa thèse une observation relatée par Titley, dans laquelle, le malade âgé de cin-

quante ans, avait vu son scrotum envahi par un gonflement considérable à la suite d'un coup de pied de mule reçu aux parties génitales.

Les ulcérations banales de la verge et du scrotum peuvent devenir une cause de l'affection. Par ces solutions de continuité des téguments pénètrent les agents microbiens qui vont produire ces lymphangites à répétition dont l'aboutissant sera l'œdème chronique et l'hyperplasie embryonnaire et conjonctive consécutive comme nous l'avons déjà vu. Ces ulcérations peuvent encore servir de porte d'entrée aux embryons de filaire, dans le cas où le sujet qui en est porteur vient à se baigner dans des eaux contaminées.

Citons encore aux organes génitaux, les balanites, les balano-posthites, le phimosis inflammatoire (Observ. VIII-IX).

L'hypertrophie éléphantiasique des bourses peut encore survenir chez les fistuleux à la suite de l'irritation produite par le contact incessant de l'urine. Dans un cas de Robert F. Weir (éléphantiasis du pénis), la maladie avait été produite par un rétrécissement du canal de l'urèthre. Le canal était complètement obstrué au milieu de la verge, et il y avait une fausse route. Ce rétrécissement avait produit une inflammation chronique des vaisseaux lymphatiques, d'où était résulté l'éléphantiasis.

Dans d'autres cas ce sera non plus des ulcérations ou des néoplasies d'origine banale, mais dans les lésions de nature spécifique, tuberculeuses, lépreuses ou syphilitiques.

Syphilis. — Le rôle de la syphilis dans la production de l'éléphantiasis des organes génitaux a été très discuté par les auteurs. Larrey, Gaetani, Pruner, ayant constaté une coïncidence à peu près constante de l'éléphantiasis de la verge et du scrotum et de la syphilis en Egypte, considéraient cette dernière comme cause déterminante probable de la première. Après Larrey, beaucoup de médecins militaires, à la suite de nombreuses observations faites par eux en Algérie, et que l'on trouve en quantité dans des mémoires de médecine et de chirurgie militaires, ont admis son opinion.

Cette hypothèse a été discutée par d'autres observateurs. Clot-Bey, Aly-Bey, Bergeron, Barallier entre autres, pensaient que dans ces cas où l'éléphantiasis se montre chez un syphilitique, il n'y a là qu'une simple coïncidence. Dans un certain nombre de faits observés, les premières manifestations de l'éléphantiasis précédaient l'infection syphilitique.

Des conclusions diverses ont aussi été tirées de la valeur du traitement spécifique quand la syphilis paraît en cause. Ce traitement aurait produit des guérisons ou tout au moins des améliorations notables; dans d'autres cas, il serait resté absolument sans effet.

Que faut-il en penser? Nous croyons que la syphilis peut produire des états éléphantiasiques de la verge et du scrotum.

« En toute occurrence, dit M. Besnier, on se rappellera que les conditions pathogéniques de l'élé-

phantiasis sont fort nombreuses, que *la syphilis* et la scrofule, soit par des lésions du système ganglionnaire, soit par des lésions osseuses, peuvent être indirectement incriminées, et devenir le point de départ d'indications thérapeutiques spéciales. »

Il ne faut évidemment pas s'exagérer cette influence, mais comme le dit Barallier : « Il est logique d'admettre qu'une affection qui comme la syphilis attaque si profondément le système ganglionnaire lymphatique, puisse à un moment donné produire de ces épanchements dont l'organisation mène rapidement à l'éléphantiasis. »

Voici ce que dit M. Fournier au sujet des lymphangites du chancre syphilitique : « Le seul symptôme qui en résulte parfois est un certain degré d'œdème passif des parties qui répondent à l'extrémité de leur réseau. C'est ainsi qu'elle peuvent se traduire parfois par un boursoufflement sérieux du prépuce, cause assez fréquente de phimosis.

« Il est à croire, cependant, qu'elles ne sont pas étrangères sous une forme plus complexe sans doute, à certaines complications plus sérieuses mais d'ailleurs assez rares, telles que l'œdème chronique du prépuce. »

Or, comme nous l'avons expliqué à la pathogénie cet œdème n'est que le premier stade de la maladie ; qu'il s'organise et la lésion éléphantiasique est constituée.

« Dans quelques cas, dit M. du Castel, l'inflammation partie du chancre, peut s'étendre au loin, ame-

ner des œdèmes très étendus des grandes et des petites lèvres chez la femme, du fourreau et des bourses chez l'homme. Ces parties tuméfiées et indurées peuvent présenter un aspect éléphantiasique. »

Nous pensons également que l'engorgement et la sclérose des ganglions surtout à la période tertiaire de la maladie peuvent jouer un rôle important dans l'étiologie de l'éléphantiasis des organes génitaux.

Clarac cite dans sa thèse l'observation d'un officier de marine qui fut atteint de chancre induré de la verge. Un an après il était porteur d'un éléphantiasis très développé de la verge, qui disparut à la suite du traitement spécifique.

Les deux observations I et II relatent l'histoire de sujets dont l'éléphantiasis est manifestement dépendant de la syphilis. Chez ces deux malades, la lésion a été très grandement améliorée par le traitement spécifique.

Disons enfin qu'à l'influence mécanique causée par les engorgements ganglionnaires, il faut ajouter les irritations répétées que déterminent les lésions cutanées si fréquentes dans cette maladie, et qui agissent alors comme lésions banales, portes d'entrée du microbe qui va envahir les tissus.

Tuberculose. — On a également attribué à la tuberculose un rôle dans l'étiologie de la maladie, et cela se conçoit, si l'on veut bien réfléchir à l'action élective de cette maladie sur les glandes lymphatiques et aux lésions qu'elle occasionne.

Dans l'observation que nous empruntons à Guille-

min elle semble être indirectement la cause de l'éléphantiasis de la verge et du scrotum, à la suite de lésions osseuses.

Paludisme. — Les médecins brésiliens ont attaché une grande importance à l'influence du paludisme dans la production de la maladie, et en ont certainement exagéré le rôle. Nous croyons néanmoins qu'il y prédispose, et la raison doit en être cherchée dans l'état cachectique avec prédominance manifeste au système lymphatique et production d'œdèmes, chez les habitants des contrées où règne la malaria. Le miasme paludéen n'est toujours qu'une cause prédisposante et non indispensable.

D'ailleurs toutes les maladies qui tendent à affaiblir l'organisme et à le mettre dans un état de moindre résistance, peuvent à ce point de vue être incriminées comme causes prédisposantes.

Complications.

Les seules complications qui peuvent se produire consistent en des ulcérations des tissus hypertrophiés.

« L'éléphantiasis, dit Virchow, est d'ordinaire une affection non ulcéreuse, qui peut prendre une extension considérable et produire une tuméfaction énorme des parties, tandis que la surface reste intacte dans ses parties essentielles. On rencontre néanmoins, parfois aussi chez nous, mais beaucoup plus fréquemment dans les régions tropicales, des cas d'éléphan-

tiasis où à côté de tuméfactions uniformes, il se forme des nodosités, des crevasses qui se changent en ulcères.

« Ces ulcérations larges étalées en surface, sont d'une durée très longue et rebelles à tout traitement. Elles deviennent l'origine de nouvelles lymphangites secondaires, qui augmentent encore l'infiltration et l'induration du derme, et par suite l'épaississement des téguments » (Gaucher).

On a encore signalé la présence possible d'une hernie inguinale, circonstance dont il faudra tenir compte en cas d'opération.

Diagnostic.

Le diagnostic de l'éléphantiasis de la verge et du scrotum est généralement facile à faire.

Hippocrate et Galien le confondaient avec le cancer des bourses, mais on ne trouve point dans l'éléphantiasis cette marche rapide et cet envahissement destructeur de la peau. Peut-être pourrait-on y songer, quand la tumeur se complique d'ulcérations ; on devra alors se baser sur la marche de la maladie pour établir le diagnostic. De plus, dans l'éléphantiasis, l'état général de l'individu reste bon, contrairement à ce qui se passe dans le cancer où le sujet présente rapidement des signes de cachexie cancéreuse.

L'éléphantiasis du scrotum ne sera pas non plus confondue avec une hydrocèle, une hématocele vaginales, auxquelles on pourrait penser à première vue.

L'intégrité de la peau renseignera immédiatement à ce sujet.

Il est également nécessaire de faire le diagnostic étiologique de l'affection.

Si le sujet a séjourné ou voyagé dans les pays tropicaux, on devra songer à la filaire et la rechercher pendant la nuit dans le sang.

Dans les cas d'éléphantiasis inflammatoire de nos pays, l'affection aura le plus souvent pour point de départ une affection ou une lésion cutanée (excoriation, lymphangite, érysipèle, etc.).

Enfin on devra rechercher avec soin les causes qui peuvent porter obstacle à la circulation lymphatique ou veineuse. L'examen des antécédents pathologiques du malade présente à ce sujet une grande importance.

Pronostic.

Le pronostic de l'éléphantiasis des organes génitaux n'est pas grave. L'affection n'a pas d'influence sur la santé générale du sujet qui en est atteint. Mais il faut tenir compte de la gêne et de la fatigue qui en résultent pour le malade quand la tumeur acquiert des dimensions volumineuses, comme il arrive parfois dans nos contrées, et très fréquemment dans les pays chauds.

TRAITEMENT

Traitement préventif. — Après tout ce que nous avons dit de l'étiologie de cette affection, il est aisé de se rendre compte des soins hygiéniques qui peuvent empêcher l'éclosion du mal.

C'est ainsi que dans les pays chauds on devra éviter de boire les eaux stagnantes des marais et des étangs, de s'y baigner. S'il est absolument nécessaire d'en faire usage, elles devront être filtrées et bouillies, afin de détruire les embryons de filaires qui peuvent s'y trouver.

En tous lieux, on doit veiller avec une grande minutie à tenir en état de propreté absolue les organes génitaux externes. Nous avons vu que l'affection est plus fréquente, dans la classe pauvre, chez les gens malpropres. Les solutions de continuité de l'épiderme, de quelque nature qu'elles soient, devront être traitées aussi aseptiquement que possible. Elles peuvent devenir le point de départ de ces lymphangites à répétition, qui sont la cause de la maladie. On surveillera soigneusement ces accès lymphangitiques et érysipélateux que l'on trouve à l'origine de la plupart des éléphantiasis.

Lorsque l'infection est réalisée, on tâchera d'empêcher l'œdème qui accompagne les inflammations

cutanées du début de devenir permanent et de se transformer en hypertrophie fibro-conjonctive.

Le repos, les fomentations chaudes faites avec une solution antiseptique, les bains de siège, le port d'un suspensoir légèrement compressif, pourront rendre de grands services. Pendant les poussées aiguës on donnera à l'intérieur du sulfate de quinine.

Traitement curatif. — L'hypertrophie éléphantiasique de la verge et du scrotum définitivement constituée, que convient-il de faire ? On peut agir de deux façons, traitement médical, traitement chirurgical.

Traitement médical. — Les sudorifiques et les diaphorétiques ont été très souvent employés, presque toujours sans action efficace. Delpech disait : « Avec quelle défiance, ne doit-on pas accueillir des observations de guérisons observées par des sueurs ou évacuations, quand il s'agit d'une maladie qui ne se complète qu'à la faveur d'un grand nombre d'années ».

Nous citerons encore les préparations antimoniales et mercurielles, la médication par l'iodure de potassium à dose progressive, etc.

Dans le traitement de cette affection, on devra se rappeler les nombreuses conditions pathogéniques de l'éléphantiasis qui peuvent donner lieu à des indications thérapeutiques spéciales.

Nous avons vu que la syphilis, la tuberculose pouvaient être indirectement mises en cause. A propos de la tuberculose on a signalé des cas d'éléphantiasis consécutifs à des lésions suppuratives profondes et

ne guérissant que par une intervention active s'adressant à la lésion primitive.

Lorsque la syphilis paraît devoir être incriminée, le traitement spécifique a parfois été suivi d'un bon résultat (Observ. I et II).

Dans tous les cas, on peut employer les douches chaudes, médicamenteuses ou non, le massage des parties hypertrophiées.

La compression dont l'idée est fort ancienne, puisque Rhazès l'employait, produit de bons résultats. Quand les parties génitales ne sont pas très volumineuses on peut employer un suspensoir compressif. Dans les cas d'hypertrophie considérable, il faut faire une compression méthodique au moyen de ouate et de bandes de flanelle ou mieux de caoutchouc. Cette compression doit être faite très soigneusement et souvent vérifiée, afin d'éviter les irritations et les lésions dont on sait la fâcheuse influence sur ces tissus malades.

Le traitement électrique a été préconisé par Silva Arango et Moncorvo. Les courants continus, les courants induits et l'électrolyse ont été successivement employés. On peut associer les trois moyens chez le même sujet.

Nous empruntons à M. Gaucher ce que l'on va lire sur le traitement par l'électricité.

Courants galvaniques et faradiques. — Les courants continus paraissent agir sur les tissus éléphantiasiques, en déterminant leur métamorphose régressive, leur ramollissement, leur disjonction d'abord

bientôt suivie d'une véritable dissolution. Les courants faradiques ont une action stimulante sur la circulation sanguine et lymphatique, et provoquent la résorption des tissus déjà ramollis et dissous par l'action catalytique du courant galvanique.

Dans l'emploi des courants galvaniques, le pôle négatif doit être appliqué sur la partie malade, et le pôle positif placé sur la région voisine, dans un point assez rapproché. La durée d'application dans chaque séance varie de cinq à trente minutes. Il faut agir progressivement et commencer dans les premières séances par un petit nombre d'éléments, afin de tâter la susceptibilité de la peau et d'éviter les irritations cutanées et les eschares.

Electrolyse. — Silva Arango se sert d'aiguilles isolées aux trois quarts de leur longueur par une couche de caoutchouc durci, et dont la pointe seule est libre dans une certaine étendue. Cet isolement a pour but d'éviter les eschares.

Ces aiguilles, réunies au nombre de trois à cinq, sont enfoncées dans la masse éléphantiasique et mises en communication par l'intermédiaire d'un réophore multiple et digité, avec le pôle négatif d'une batterie de six à soixante éléments. Le pôle positif sous forme de plaque est appliqué sur une autre région du corps.

Le courant doit avoir une intensité de 8 à 10 milliampères et une durée de passage de 8 ou 10 minutes.

Avant d'enfoncer les aiguilles, il est nécessaire de faire l'asepsie de la peau. Au moyen de pulvérisations

de chlorure d'éthyle on obtientrait l'anesthésie préalable des parties.

Traitement chirurgical.

Lorsque la maladie a résisté aux différents moyens du traitement médical et que l'hypertrophie éléphantiasique de la verge et du scrotum est assez considérable pour être une cause de gêne et de fatigue pour le malade, on peut intervenir chirurgicalement.

Les premières opérations consistaient dans l'ablation en masse des parties malades : l'on n'essayait même pas de conserver les organes génitaux. Nous citerons notamment le cas mentionné par Dionis dans son *Traité des opérations* et observé en 1710 par le Père Mageret à Pondichéry ; celui de Raymondon, chirurgien à Castries, dans l'Albigeois, dont Chopart condamne l'opération en 1779, les nombreuses observations rapportées d'Egypte par Larrey père.

La première opération complète fut indiquée et exécutée par Delpech de Montpellier. Cette intervention est relatée tout au long par Delpech dans la *Chirurgie clinique de Montpellier*, 1823. Elle a servi de modèle à tous les autres procédés dus aux chirurgiens français.

L'opération consiste essentiellement à enlever la tumeur en conservant les testicules et en les recouvrant avec deux lambeaux latéraux et à refaire un fourreau pour la verge avec un lambeau antérieur sus-

pubien. Le tracé des incisions varie suivant le volume et la disposition de la tumeur.

Le plus grand nombre des opérations est dû aux chirurgiens anglais, et ce sont leurs statistiques qui en ont démontré la bénignité relative.

L'hémorrhagie qui peut être assez abondante est prévenue par l'application de la bande et du tube d'Esmarck. Partridge, chirurgien en chef du Médical Collège à Calcutta, l'emploie pour la première fois, et depuis son emploi, la mortalité n'est que de 3 pour 100 chez les opérés.

L'opération est connue sous le nom d'oschéotomie.

OBSERVATIONS

OBSERVATION I (Inédite, personnelle).

Recueillie dans le service de M. le Dr Queyrat. Hôpital Cochin
(Ricord).

M..., Albert, âgé de 20 ans, exerçant la profession de maçon, entre à l'hôpital Ricord, dans le service de M. Queyrat le 11 novembre 1903, pour une tuméfaction des organes génitaux, verge et scrotum.

Rien d'intéressant à noter dans les antécédents héréditaires du malade. Le père et la mère sont vivants et bien portants. Il a deux frères jouissant également d'une santé parfaite.

Antécédents personnels. — M... ne se rappelle pas avoir jamais fait de maladies importantes. A l'âge de 18 ans, il y a par conséquent deux années, il contracta la syphilis. Le chancre siégeait sur le fourreau de la verge, à gauche sur la face externe. La cicatrice est parfaitement visible. Il fut soigné, à cette époque pendant trois semaines à l'hôpital Ricord dans le service de M. le Dr Renault. Depuis il n'a suivi aucun traitement. Il accuse comme accidents spécifiques une roséole et des plaques muqueuses dans la bouche.

Le malade n'a jamais voyagé dans les pays chauds, il n'a jamais quitté l'Europe. Il a travaillé pendant quelques mois à Copenhague et dans différents ports du Danemark.

Il y a dix mois le malade s'est aperçu que sa verge commençait à grossir. Cette tuméfaction a débuté au prépuce pour se propager ensuite à tout l'organe. La peau de la verge, ne présentait d'abord qu'un empâtement diffus, et restait facilement

dépressible. Peu à peu, elle devient dure au toucher. Il y a six mois, les bourses sont prises à leur tour. L'œdème se produit assez rapidement et elles augmentent notablement de volume. Cet œdème s'organise et présente la consistance spéciale que nous avons déjà décrite.

L'affection continue peu à peu sa marche envahissante, les parties génitales grossissent et s'indurent de plus en plus, et le malade se décide à venir consulter. Cette hypertrophie s'est produite d'une façon sourde, sans réactions inflammatoires de la peau des organes atteints.

Etat actuel. — La verge et le scrotum sont considérablement augmentés de volume. La verge mesure 18 centimètres de longueur. Le diamètre à la racine est de 14 centimètres, au prépuce de 15 centimètres. Les bourses présentent une forme globuleuse, leur plus grand diamètre mesure environ 40 centimètres. La peau est de coloration normale, elle est dure, rugueuse, ridée. A travers l'épaississement ligneux des parties, on ne peut sentir les testicules.

Les ganglions inguinaux sont petits, durs, de consistance scléreuse.

En raison de ses antécédents le malade est soumis au traitement spécifique : Injection d'huile grise, de biiodure de mercure, médication iodurée.

Sous l'influence de ce traitement énergique, l'hypertrophie des téguments atteints a beaucoup diminué, et quand le malade quitte le service, le 8 décembre 1903, l'état de la verge et du scrotum est presque normal. Ces parties ne présentent plus qu'un léger degré d'hypertrophie, et des plaques disséminées d'induration.

Depuis sa sortie du service, nous n'avons pu voir le sujet, qui, malgré le conseil qui lui en avait été donné, ne s'est pas représenté à la consultation.

Notons que l'examen du sang, fait par M. le Dr Queyrat, dans le but d'y rechercher les embryons de filaire, a donné un résultat négatif, ce qu'il était facile de prévoir du reste chez un individu n'ayant jamais habité dans les régions où l'on rencontre ce parasite.

Remarque. — Nous pensons que dans l'observation que nous venons de citer, l'influence de la syphilis ne peut être mise en doute. L'affection n'est pas d'origine streptococcique, puisque le malade n'a jamais présenté la moindre inflammation des parties génitales. L'influence de la filaire doit être absolument écartée.

Le mal doit provenir d'un obstacle à la circulation de la lymphe siégeant au niveau des ganglions inguinaux sclérosés.

OBSERVATION II

M. Duhot. — Communication faite à la Société médico-chirurgicale de Brabant. *Presse médicale belge*, 1900.

A propos d'un cas d'éléphantiasis du scrotum.

Sujet syphilitique. Le chancre remontait à trois mois et il s'agissait d'une syphilis maligne. Les bourses très développées, présentent le volume d'une tête d'enfant, elles sont dures au toucher. Le sujet présente, en outre, un phimosis provoqué par l'infiltration en masse de tout le prépuce. A la surface du scrotum, il existe des papules syphilitiques typiques, et beaucoup d'autres éléments, qui sont en réalité de petites tumeurs. En étudiant celles-ci de près, on constate que leur grosseur varie depuis le volume d'un grain de millet jusqu'au volume d'un pois. Quelques-unes sont isolées, beaucoup conglomerées. Elles ont la couleur de la peau normale : elles sont arrondies ou ova-

laïres, la plupart non ombiliquées, quoique quelques-unes présentent une dépression centrale. Si l'on pique ces petites tumeurs, il s'en écoule une goutte de liquide lymphatique. Elles s'affaissent par la pression pour reparaitre immédiatement après. Le derme est très dur, l'aiguille de la seringue Pravaz y pénètre difficilement.

Au microscope, on voit que l'épiderme a légèrement diminué d'épaisseur, les papilles sont plus aplaties, et l'on n'y observe aucune infiltration de la couche de Malpighi. Le tissu conjonctif du derme est dense et semble augmenté de volume. Dans ce tissu, et surtout dans la partie qui avoisine l'épiderme, l'on voit nettement les vaisseaux lymphatiques augmentés de volume, et dilatés en petites cavités par endroits.

En présence de ces constatations cliniques et histologiques, l'auteur, se rangeant à l'avis de plusieurs de ses collègues, pense qu'il s'agit dans ce cas particulier d'une altération des canaux lymphatiques qui n'est autre que la pachydermie lymphangectasique décrite par Rindfleisch, et qui, sans aucun doute, est ici d'origine syphilitique.

Sous l'influence d'un traitement mercuriel énergique, les bourses se sont, dans l'espace d'un mois, considérablement affaissées.

OBSERVATION III

Voillemier. Paris 1873.

Eléphantiasis de la verge et du scrotum.

Voillemier cite le cas d'un malade âgé de 29 ans, originaire de la Loire-Inférieure, n'ayant jamais quitté la France, et qui fut opéré à l'Hôtel-Dieu de Paris en 1868.

Le sujet présentait une tuméfaction considérable et une induration spéciale du fourreau de la verge et du scrotum.

La maladie commença à l'âge de 22 ans. Elle se montra à l'union du scrotum et de la verge dont elle envahit peu à peu le fourreau. Chaque année, à l'automne et au printemps, le malade remarqua que ses parties étaient prises d'une inflammation se traduisant par de la rougeur, de la chaleur, des démangeaisons non douloureuses, une éruption de boutons extrêmement petits, et un état fébrile dans les premiers jours.

Cette sorte de poussée durait environ une quinzaine de jours. Pendant ce temps, le gonflement des parties augmentait visiblement, ensuite il restait stationnaire jusqu'à l'apparition d'une nouvelle poussée.

Remarque. — Si nous avons publié cette observation bien connue, c'est qu'elle nous semble représenter le type de la maladie que nous avons décrit sous le nom d'éléphantiasis inflammatoire. Il s'agit évidemment ici d'une infection streptococcique qui se traduit par des poussées lymphangitiques.

OBSERVATION IV

Follet, Th. de Paris, 1895.

Eléphantiasis du scrotum et de la verge consécutif à une adénite suppurée des ganglions de la fosse iliaque extirpés.

Il s'agit d'un cocher, âgé de 43 ans, soigné à l'hôpital Saint Louis en 1895.

Ce malade contracta la syphilis en 1880.

En 1893 il fut opéré pour des adénites inguinales tuberculeuses suppurées. La plaie suppura pendant un mois. La cicatrisation fut complète deux mois et demi après,

Le malade put ensuite vaquer à ses occupations.

Au bout de six mois, il s'aperçut que sa verge se tuméfiait, et peu après la peau des bourses. La tuméfaction d'abord mollassée, transparente, gélatiniforme, plus accentuée le soir, augmente progressivement, si bien qu'en 1894, elle est installée définitivement.

Les téguments hypertrophiés ont acquis une consistance dure. L'infiltration œdémateuse envahit tout le prépuce et forme un énorme bourrelet qui dépasse et recouvre le gland.

Le scrotum forme une grosse masse d'aspect grenu, à rides très accentuées. La peau est de couleur normale. Ses dimensions en hauteur sont de 22 centimètres, la circonférence à la partie inférieure mesure 43 centimètres. La peau et le tissu cellulaire sous-cutané, infiltrés, forment une lame résistante s'opposant à l'exploration des testicules. L'altération des téguments est uniforme sur toute la surface du scrotum.

Le pénis, augmenté de volume et déformé, mesurait 11 centimètres de longueur. Sa circonférence à la racine est de 18 centimètres et de 15 centimètres à son extrémité.

Remarque. — Follet fait observer que dans ce cas, ce n'est pas à l'arrêt brusque de la circulation lymphatique, mais dans l'oblitération mécanique progressive des conduits, qu'il faut chercher la raison de la maladie variqueuse des lymphatiques et de l'œdème lymphatique chronique.

OBSERVATION V

G. Brouardel: *Annales de dermatologie*, 1896.

Eléphantiasis des organes génitaux externes par suite de l'ablation des ganglions inguinaux.

Le malade est un homme de 44 ans. Pas d'antécédents héréditaires. On trouve dans les antécédents personnels une syphilis

contractée il y a 15 ans et une fièvre typhoïde il ya 13 ans. Il y a quatre ans, il entre dans le service de M. Monod pour une adénite inguinale suppurée bilatérale que l'on traite par ablation au bistouri. Huit mois après l'opération, le malade s'aperçoit que son scrotum devient très volumineux, il croît sans cesse ainsi que la verge, malgré le traitement syphilitique. Ce cas constitue une véritable expérience physiologique.

Le malade avait la verge et les parties génitales saines ; on ne peut donc penser qu'il y ait eu la moindre cause occasionnelle antérieure.

OBSERVATION VI

Th. Mayer. Société de méd. berlinoise, 18 mai 1898. Résumé dans la *Semaine médicale* de 1898.

Eléphantiasis de la verge à la suite de l'extirpation des ganglions inguinaux.

M. Th. Mayer présente un malade qui a subi il y a deux ans et demi, l'extirpation des glandes inguinales des deux côtés. Six mois plus tard, le pénis commença à se tuméfier sans présenter cependant aucun signe d'inflammation. Il semble que cette affection soit le résultat d'une occlusion des voies lymphatiques consécutive à l'extirpation des ganglions de l'aîne.

OBSERVATION VII

Observation communiquée à la Société de Dermatologie par M. Haralamb de Bucarest, *Annales dermat. et syphil.*, 1898.

Eléphantiasis de la verge et du scrotum, à la suite de l'extirpation des ganglions inguinaux.

Il s'agit d'un malade adressé à l'hôpital de Colentina pour une tuméfaction énorme du pénis et du scrotum. Cette tuméfaction

est apparue pour la première fois en 1895 avec tous les phénomènes d'une poussée érysipélateuse : température, douleurs, fièvre, vomissements. A la suite de cette première poussée, le pénis et surtout le scrotum restent assez volumineux et épaissis. Les poussées inflammatoires se sont succédées jusqu'en 1897, époque à laquelle le malade entre à l'hôpital.

Le scrotum est tuméfié, sa circonférence mesure de 38 à 40 centimètres. La peau présente une consistance dure empêchant de sentir les testicules.

Quelque temps avant la première poussée, la malade qui présente tous les attributs du lymphatique, avait subi, dans un service de chirurgie, l'ablation totale des ganglions inguinaux des deux côtés.

Remarque. — A propos de ce malade, H. Barthélémy fait remarquer qu'il faut admettre dans ce cas, une cause autre que l'extirpation des ganglions, H. Besnier dit aussi à ce sujet : « Autant le curettage des ganglions est fréquent, autant sont rares les cas d'éléphantiasis ».

Il est évident qu'ici, il faut accorder une grande influence au streptocoque qui se manifeste par ces poussées érysipélateuses survenant chez un individu préparé à son action morbide, par l'extirpation des ganglions inguinaux.

OBSERVATION VIII

Humbert. Société de Dermatologie, mai 1894.

Eléphantiasis de la verge, consécutif à la blennorrhagie.

M. Humbert présente un malade atteint d'éléphantiasis de la verge, de la partie inférieure de l'abdomen, et de la partie supérieure des cuisses. A ce niveau et sur d'autres points, il existe

des varices lymphatiques donnant lieu à de la lymphorragie. Cet éléphantiasis s'est déclaré après une deuxième blennorrhagie. La première n'avait pas laissé de traces.

OBSERVATION IX

Balzer *Gazette des hôpitaux*, 1894.

Œdème éléphantiasique du scrotum et du membre inférieur gauche consécutif à un bubon blenno-strumeux.

Il s'agit d'un homme âgé de 26 ans, journalier qui entre à l'hôpital du Midi, en 1893, pour une blennorrhagie aiguë compliquée d'orchio-épidydymite gauche. Le malade présente en outre une balano-posthite avec phimosis. Les ganglions de l'aîne sont tuméfiés. Les ganglions inguinaux du côté gauche suppurent et sont ouverts. Pendant ce temps il se produit un œdème éléphantiasique des bourses. Les ganglions ouverts se cicatrisent et se sclérosent. L'œdème éléphantiasique est à son maximum au niveau des régions tributaires comme lymphatiques des ganglions inguinaux gauches. Le diamètre vertical des bourses est de 18 centimètres, le diamètre transversal à la base de 35 centimètres.

Sous l'influence de la compression et du repos, la tuméfaction diminue.

Remarque. — M. Balzer explique de cette façon la pathogénie de l'affection :

Au début pendant la période inflammatoire non suppurative, ganglionnaire, les troncs lymphatiques du scrotum sont ensermés dans une zone inflammatoire péri-ganglionnaire.

Plus tard, après ouverture, le bubon s'est refermé. Les ganglions présentent une consistance dure, scléreuse. L'obstruction

lymphatique provient de la sclérose ganglionnaire succédant à la violente inflammation du début, et ayant amené une dilatation rétro-ganglionnaire de tout le réseau lymphatique, du côté correspondant au scrotum.

OBSERVATION X

Du Castel. Société de Dermatologie et syphiligraphie, 1898.

Eléphantiasis de la verge survenue à la suite d'un phimosis inflammatoire.

Malade âgé de 21 ans. Jusqu'à l'âge de 18 ans rien d'anormal à la verge sauf un léger degré de phimosis permettant de découvrir le gland.

A l'âge de 18 ans, quatre jours après le coït, apparaît un phimosis inflammatoire avec gonflement très accentué du prépuce. Le malade est dans l'impossibilité de découvrir le gland. La verge est très augmentée de volume, la peau s'épaissit et se ride. Le membre continue à grossir pendant trois mois. Il présente une longueur de 16 centimètres, la circonférence est de 15 centimètres. La coloration de la peau est un peu violacée.

Le scrotum est légèrement éléphantiasique à la partie antéro-supérieure. Pas de ganglions inguinaux, pas de douleurs.

OBSERVATION XI

Arnozan. *Journal de Médecine de Bordeaux* 1888-1889.

Eléphantiasis du scrotum chez un sujet scrofuleux, atteint de fièvres intermittentes, et sujet à des poussées érysipélateuses au niveau des bourses.

Le malade âgé de 39 ans, originaire de la Dordogne, n'ayant jamais quitté la France, entre à l'hôpital Saint-André pour un

gonflement chronique du scrotum et une déformation du pénis. Quelque mois après avoir passé son conseil de révision, le malade présente un gonflement dans les plis inguinaux. Les ganglions suppurent à droite et à gauche et dès cette époque, le scrotum commence à grossir. A plusieurs reprises, le sujet est atteint d'accès de fièvre accompagnés de rougeur et de gonflement du scrotum. Tous ces phénomènes disparaissent au bout de quelques heures sous l'influence du repos, de même qu'ils semblent survenir sous l'influence de fatigues exagérées.

Quelques années plus tard, il eut des adénites suppurées dans les aisselles ; enfin plus récemment les ganglions du côté droit du cou se sont fortement tuméfiés, mais ne sont pas encore arrivés à la suppuration.

Le scrotum se présente sous la forme d'une grosse masse globuleuse, du volume d'un petit melon, assez régulièrement sphérique. La masse scrotale mesure à sa base, au ras de la verge 35 centimètres de circonférence. Il existe sur le scrotum un semis de vésicules transparentes, abondantes surtout sur la moitié gauche.

La surface préputiale est rugueuse, chagrinée, couverte de sailles de volume inégal, les unes grosses comme des lentilles, les autres comme des têtes d'épingles. La consistance du prépuce est dure, et comme cartilagineuse.

Les ganglions lymphatiques sont développés d'une façon exagérée aux aines, où ils forment des masses très dures au-dessus et au-dessous de l'arcade crurale.

OBSERVATION XII

Thèse de Guillemin, 1899-1900.

Eléphantiasis du membre inférieur gauche et du scrotum avec varices lymphatiques, consécutif à des abcès froids de la région sacro-iliaque.

Le malade est âgé de 16 ans. Il présente un membre inférieur gauche très volumineux.

Le scrotum est considérablement tuméfié, fortement coloré, d'une rigidité telle que l'examen des testicules est à peu près impossible. La surface de la peau est parsemée de saillies transparentes, grosses comme des grains de raisins. Ces vésicules se crevent spontanément, laissant échapper un liquide blanc laiteux qui baigne continuellement le scrotum.

Le prépuce fort développé est de son côté œdématié.

On constate en faisant retourner l'enfant deux fistules fort inégales siégeant au niveau de l'articulation sacro-iliaque. L'une ne donnant plus lieu à aucun écoulement, l'autre au contraire présente un écoulement abondant.

Le toucher rectal permet de percevoir à l'extrémité de l'index profondément enfoncé, une masse très irrégulière, dure, siégeant à gauche, qui pourrait bien être un paquet d'adénites tuberculeuses.

Les ganglions du pli de l'aîne sont petits, durs, scléreux.

OBSERVATION XIII

Favarger. Soc. imp. et roy. des méd. de Vienne, 1901.

Eléphantiasis de la moitié inférieure du corps et symphyse cardiaque.

Annal. in *Semaine médicale*, 4 déc. 1901)

M. H. Favarger a présenté un homme de vingt-six ans qui est atteint d'un épaissement considérable de la peau des membres inférieurs, des *organes génitaux* et de l'abdomen. La pointe du cœur est le siège d'un souffle systolique. Le foie est gros et il existe des stases veineuses dans tous les organes. L'orateur croit que ces troubles circulatoires sont en rapport avec une symphyse cardiaque.

Vu le Président de la thèse

GAUCHER

Vu : le Doyen,

DEBOVE

Vu : et permis d'imprimer
Le Vice-Recteur de l'Académie de Paris

LIARD

BIBLIOGRAPHIE

- Achalme.** — Le streptocoque de l'érysipèle. Paris, 1891.
- Allard.** — Histoire d'une maladie particulière au système lymphatique. Paris, 1806.
- Arnozan.** — Journal de médecine de Bordeaux, 1888-1889.
- Balzer.** — Œdème éléphantiasique du scrotum consécutif à un bubon blenno-strumeux. Gazette des hôpitaux, 1894.
- Barralier.** — Article éléphantiasis du Dictionnaire de médecine et de chirurgie.
- Barth.** — Annales de Dermatologie, 1881.
- Bergeron.** — Élémentarisme des organes génitaux. Thèse de Paris, 1845.
- Besnier.** — Leçons faites à l'hôpital Saint-Louis. Gazette des hôpitaux, 1878.
- Blanchard.** — Traité de zoologie médicale. Paris, 1890.
- Boddaert.** — Recherches sur la localisation et le mode de développement de l'œdème lymphatique (Bull. de l'Académie roy. de méd. de Belgique, 1895).
- Bourcy de Lasgnel-Lavastine.** — Elephantiasis nostras. Lymphangite dermique récidivante. Société médicale des hôpitaux, 1900.
- Brouardel.** — Élémentarisme des organes génitaux externes par ablation des ganglions inguinaux. Annales de dermatologie, 1896.
- Calmette.** — Thèse de Paris, 1886.
- Clarac.** — Thèse de Paris, 1881.

- Clot-Bey.** — Éléphantiasis des Arabes. Gazette des hôpitaux, 1834).
- Cornil.** — Éléphantiasis des Arabes. Progrès médical, 1883.
- Corre.** — Traité clinique des maladies des pays chauds.
- Delpech.** — Chirurgie clinique de Montpellier, 1823.
- Du Castel.** — Éléphantiasis de la verge survenu à la suite d'un phimosis inflammatoire. Société de dermat. et syphil., 1898.
- Dominici.** — Article éléphantiasis. Pratique dermatologique (Besnier-Brocq et Jacquet).
- Duhot.** — A propos d'un cas d'éléphantiasis du scrotum. Presse médicale belge, 1900.
- Duplay et Reclus.** — Traité de chirurgie.
- Favarger.** — Éléphant, de la moitié inférieure du corps et symphyse cardiaque (Soc. imp. et roy. des méd. de Vienne). Anal. in Semaine médicale, 1901.
- Follet.** — Pathogénie de quelques états éléphantiasiques. Th. de Paris, 1895.
- Fournier.** — Traité de la syphilis. T. II.
- Gaucher.** — Leçons sur les maladies de la peau. T. II.
- Guibout.** — Leçon faite à l'hôpital Saint-Louis (Gazette des hôpitaux, 1877.
- Guillemin.** — Thèse de Paris, 1899-1900.
- Haralamb.** — Éléph. de la verge et du scrotum à la suite de l'extirpation des ganglions inguinaux. Annales de dermat. et syphil., 1898.
- Humbert.** — Éléphantiasis à la verge consécutif à la blennorrhagie. Société de dermatologie, 1894.
- Jeanselme.** — Des dermites et de l'éléphantiasis consécutifs aux ulcérations des membres variqueux. Th. de Paris, 1888.
- Lancereaux.** — Semaine Médicale, 1888, page 333.

- Larrey.** — Relation chirurgicale de l'armée d'Orient, 1803.
- Mathieu.** — Note pour servir à l'histoire des pseudo-éléphantiasis strumeux. Bulletins de la Société anatomique, 1883, p. 173.
- Mazæ-Azéma.** — Gazette médicale, 1858.
- Meyer.** — Elép. de la verge à la suite de l'extirpation des ganglions inguinaux. Soc. de médecine de Berlin, 1898. Résumé in Semaine médicale, 1898.
- Moncorvo.** — De l'éléphantiasis des Arabes chez les enfants, Paris, 1886.
- Renaud.** — Dictionnaire encyclopédique des sciences médicales, article Dermatoses. Archives de Physiologie, 1872. Thèse, 1873-74.
- Sabouraud.** — Pathogénie de l'éléphantiasis nostras. Annales de dermatologie et syphil., 1892.
- Tenneson.** — Traité clinique de dermatologie, 1893.
- Virchow.** — Pathologie des tumeurs. T. II.
- Voillemier.** — Eléphantiasis du fourreau de la verge et du scrotum. Annales de dermat. et syphil., 1873.

